Nr 10. Kraków, 8 marca 1919 Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 50 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: Dr W. Damski, prezes Tow. lek. krak.; dr A. Akerman skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVIII. Kraków. 8 marca 1919 Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Stan spółczesny chorób zakaźnych ostrych i metody ich zwalczania w Galicyi

napisał

Dr Adolf Kuhn,

krajowy inspektor sanitarny we Lwowie.

(Referat przygotowany na Zjazd w sprawie wyludnienia Polski, który się odbył 1. i 2. listopada 1918 w Warszawie).

(Ciąg dalszy).

Od r. 1896, a jeszcze wybitniej od r. 1900 spostrzega się wyraźny spadek liczby zmarłych z chorób zakaźnych ostrych; ile z tej poprawy stosunków należy położyć na rzecz w tym czasie stopniowo przybywających lekarzy okręgowych, a ile na rzecz innych czynników równocześnie działających, trudno rozstrzygnąć.

Wreszcie w r. 1913 weszła w życie państwowa ustawa o zapobieganiu chorobom zaraźliwym i o ich zwalczaniu. Ustawa ta, oparta na zdobyczach naukowych ostatniej doby, daje prawie skończony schemat nowoczesnej walki przeciw chorobom zakaźnym. Nowa ustawa wprowadziła przepisy ustawowe w miejsce rozproszonych poprzednio zarządzeń władz, wyrugowała pojęcie t. zw. epidemii i przepisała wdrożenie zwalczania choroby zakaźnej zaraz przy pojawieniu się pierwszego jej przypadku, unormowała obowiązek donoszenia tudzież kompetencyę władz państwowych i samorządnych, stworzyła sankcyę karną co do przekroczeń w zakresie zwalczania chorób zakaźnych. Ustawa nałożyła na skarb państwa obowiązek ponoszenia pewnej części kosztów zwalczania chorób zakaźnych, między innymi kosztów odosobnienia osób podejrzanych o zarażenie, oraz obowiązek wypłacania odszkodowań za przedmioty uszkodzone lub zniszczone przy odkażaniu i wynagrodzeń za utratę zarobku. Natomiast pozostawiono gminom obowiązek opłacania kosztów odosobnienia, żywienia i leczenia osób chorych na choroby zakaźne, tudzież kosztów odkażania. Gminy niezasobne, szczególniej w powiatach granicznych, mogą uzyskać ze skarbu Państwa zasiłek w wysokości conajmniej połowy wydatków, poniesionych na odosobnienie chorych i odkażenie.

Jak już wspomniano, ustawa przyznaje wynagrodzenie za stratę zarobku dla osób niezasobnych, które odosobniono, ale otacza spełnienie tego dobrodziejstwa takim wałem biurokratycznym, że dobry zamiar staje się prawie niewykonalnym.

Lekarzom, tudzież osobom zajmującym się pielęgnowaniem chorych, przewożeniem chorych i odkażaniem, zatrudnionym przy zwalczaniu chorób zakaźnych, jeżeli stracą zdolność do zarobkowania, jakoteż ich rodzinom, zapewnia ustawa pobory emerytalne względnie zaopatrzenie.

Przepisy ustawy z r. 1913 odnoszą się do następujących chorób zakaźnych: płonica, błonica, dur brzuszny, czerwonka, nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, gorączka połogowa, dur plamisty, ospa, cholera azyatycka, dżuma, dur powrotny, trąd, jaglica, żółta febra, wąglik, nosacizna, wścieklizna oraz ukąszenia przez zwierzęta chore na wściekliznę lub podejrzane. Również o każdem podejrzeniu co do powyższych chorób (z wyjątkiem gorączki połogowej) ma być uczynione doniesienie. Od grudnia r. 1917 stosuje się ta ustawa w ograniczonej mierze także do zimnicy. Z chorób, co do których poprzednio wprowadzano postępowanie przeciwepidemiczne, opuszczono: odrę, krztusiec i grypę.

II. A teraz, jak się przedstawia u nas zwalczanie chorób zakaźnych ostrych w praktyce? Przejdę pokrótce historyę tej sprawy, gdyż przy tem będę miał sposobność zwrócić uwagę na niektóre szczegóły bardzo doniosłe.

Zaczynam od okresu między r. 1870 a 1893. Gdy starostwo otrzymało doniesienie zwierzchności gminnej lub żandarmeryi o wybuchu epidemii, delegowano na koszt Państwa lekarzy, z reguły państwowych, w dojazdach tygodniowych. Ci »lekarze delegowani« spełniali niezmiernie trudną i niewdzięczną pracę — niby komendanci bez armii — z reguły bez niższych organów sanitarnych, bo tylko w mieście Lwowie i Krakowie i niektórych większych miastach prowincyonalnych takie organa istniały. Praca tych lekarzy polegała na klinicznem rozpoznaniu choroby, przepisaniu leków (ubogim na koszt wspólny funduszu państwowego i krajowego) i na wydaniu zarządzeń ochronnych, których wykonania dopilnować miał naczelnik gminy. Zarządzenia ochronne ograniczały się na oznaczaniu domu zakażonego, zabronieniu odwiedzania go przez osoby obce i zakazie wydalania się z domu osób, bezpośrednio z chorym się stykających. W ten sposób, jak się to nazywało, »izolowano domy zakażone«, stawiając niekiedy straże, rekrutujące się z mieszkańców gminy, pozostawiając zresztą chorego wraz z współmieszkańcami w domu zakażonym i wyczekując spokojnie, dopóki wszyscy mieszkańcy domu nie przebędą danej choroby zakaźnej. Odkażenie w czasie choroby było pozostawione otoczeniu chorego, a było dokonywane zapomocą rozczynu kwasu karbolowego (dostarczanego przez gminę) i wygotowania. Odkażenie końcowe, za wskazówkami lekarza delegowanego, a pod nadzorem funkcyonaryusza policyi miejscowej, odbywało się zapomocą bielenia, szorowania ługiem, wietrzenia, trzepania i wystawiania rzeczy na działanie słońca. Wykonawcami byli zazwyczaj członkowie rodziny chorego. O kąpieli ozdrowieńców i o odkażeniu parą tylko w rzadkich przypadkach można było myśleć; dopiero w ostatnich latach tego okresu zwolna zaczęto zakupywać parowe przyrządy dezynfekcyjne, częścią stałe, częścią przenośne.

Jedną z ważnych przeszkód do skutecznego zwalczania chorób zakaźnych było tajenie zachorowań przez ludność, wynikające z obawy przed zarządzeniami władzy, ograniczającemi swobodę ruchu osób chorych i otoczenia. Jak później wykażę, znalazły się sposoby usunięcia tej nieufności.

Od r. 1893 postępowanie przy zwalczaniu cholery azyatyckiej wniosło nowego ducha w tę pracę. Przedewszystkiem przekonano się, że nie wolno szczędzić pieniędzy, jeśli się chce prowadzić skutecznie walkę przeciw chorobom zakaźnym. W poszczególnych ogniskach cholery ustanawiano (eksponowano) osobnych lekarzy, jako t. zw. — sit venia titulo — lekarzy cholerycznych. Lekarze ci przybierali sobie sanitaryuszy (pomocników do dezynfekcyi) z sił miejscowych, a starostwo delegowało żandarmów do nadzorowania gminnych organów wykonawczych. Oczywiście był to postęp olbrzymi, bo lekarz, stale w miejscowości przebywający, mógł być przy każdem zachorowaniu od samego początku i zarządzić w chwili najwłaściwszej potrzebne środki ostrożności, których wykonanie poruczał sanitaryuszowi, a nadzór żandarmowi. Przy tej sposobności lekarze choleryczni wykształcili cały szereg pomocników dezynfektorskich, którzy i później byli przydatni.

Ocena skutków akcyi lekarzy eksponowanych w czasie cholery w latach 1892—1894, sprawiła, że później mniej szczę-

dzono na częstsze dojazdy lekarzy delegowanych do gmin i zarządzano dojazdy dwukrotne w tygodniu zamiast raz na tydzień, a czyniono to szczególniej przy epidemiach duru plamistego i błonicy.

Ważną bardzo innowacyą w czasach zwalczania cholery było wypłacanie odszkodowań za odzież zniszczoną (spaloną) przy odkażaniu, tudzież wspomaganie niezasobnych rodzin, nawiedzonych chorobą, przez udzielanie żywności.

Z czasów cholery także pozostały w wielu gminach lokale izolacyjne, przeznaczone do odosobnienia chorych, jednakże tylko w nielicznych przypadkach dbano o ich utrzymanie; jeszcze rzadziej używano tych domów, gdyż wobec prawie powszechnej niechęci ludności wiejskiej do leczenia szpitalnego tylko wyjątkowo udało się umieścić chorego w takim domu, i to tylko wtedy, jeżeli to był człowiek obcy, nie mający krewnych na miejscu. Domy izolacyjne tylko w niektórych większych gminach miejskich oddawały usługi.

Dalszym postępem w walce przeciw chorobom zakaźnym było wprowadzenie leczenia błonicy wstrzykiwaniami surowicy, które rozpoczęto stosować w r. 1894. Ludność, z początku dość opornie się zachowująca, skoro spostrzegła dobre wyniki, poczęła żądać natarczywie przybycia lekarza do błonicy nawet w takich gminach, gdzie poprzednio ukrywano chorych przed lekarzami delegowanymi. Działo się to następnie nietylko w epidemiach błonicy, ale także w innych chorobach zakaźnych złamała się nieufność ludności do lekarzy zjeżdżających z powodu epidemii. Tą drogą uzyskano poprawę pod względem donoszenia o przypadkach chorób zakaźnych, a także co do spełniania poleceń lekarzy delegowanych.

W r. 1898 rozpoczęło się używanie formalinowych przyrządów dezynfekcyjnych, z początku przez czas krótki przyrządów Scheringa z tabletkami formaldehydu, później i daleko znaczniej przyrządów rozpylających formalinę z parą wodną rozmaitych konstrukcyi: Flüggego, Lingnera, Baumanna, Zarewicza i t. d. Nie dlatego o tem wspominam, abym zastosowaniu dezynfekcyi formaldehydem w tej formie przypisywał jakieś szczególnie doniosłe znaczenie w zwalczaniu chorób zakaźnych (bo działanie formaliny jest powierzchowne, a działanie jej w przestrzeni małego znaczenia), ale dlatego, że do tego odkażania formaliną ludność łatwo się przyzwyczaiła i poczęła uważać odkażanie wogóle za »malum« wprawdzie, ale »necessarium«. Znaczenie więc tej nowej zdobyczy było niejako wychowawcze.

Dalszym nader ważnym czynnikiem postępu na polu zwalczania chorób zakaźnych były kursa dla pomocników dezynfektorskich, które rozpoczęto w r. 1903 dzięki inicyatywie fizyka m. Lwowa Dr Legeżyńskiego. Dotychczas odbyło się 9 takich kursów we Lwowie. Kształcono kandydatów, wysłanych przez gminy prawie z całego kraju (ściśle: z 49 powiatów oraz z miast Lwowa i Krakowa), jakoteż żandarmów, przeznaczonych przez komendę. Po zapoznaniu pokrótce i w grubych zarysach z istotą chorób zakaźnych i z teoryą ich zwalczania ćwiczono kandydatów praktycznie we wszystkich sposobach odkażania, uwzględniając odkażenie rozmaitych przedmioiów w rozmaitych warunkach, poczem poddawano ich egzaminowi i wydawano należycie przygotowanym świadectwa. W ten sposób wykształcono 313 pomocników dezynfektorskich cywilnych i 845 żandarmów. Jedni i drudzy oddawali następnie nieocenione usługi przy zwalczaniu chorób zakaźnych.

Podobne dwa kursa urządził fizykat m. Krakowa w r. 1915 dla 28 kandydatów z m. Krakowa tudzież z powiatów krakowskiego, podgórskiego i wielickiego. Wreszcie w r. 1916 odbył się w Przemyślu kurs dla niższej służby sanitarnej staraniem krajowej Komisyi opieki nad inwalidami wojennymi; kurs ten ukończyło 18 inwalidów z Galicyi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Leczenie surowicami i szczepionkami bakteryjnemi.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał Prym. **Dr Antoni Krokiewicz.**

(Ciąg dalszy).

III. Surowica choleryczna. Chociaż przebieg gwałtowny i zejście śmiertelne w cholerze azyatyckiej odnieść należy do działania toksyn krętków cholerycznych, uodparnianie bierne chorych na cholerę napotyka na wielkie trudności. Z jednej strony przebieg choroby jest nadzwyczaj szybki, a z drugiej strony udaje się z trudnością otrzymać surowicę leczniczą, któraby miała tyle ciał ochronnych, aby znaczną ilość szybko wytworzonych toksyn (endo- i ektotoksyny) cholerycznych zobojętnić. Dla leczenia cholery wskazana jest koniecznie surowica antytoksyczna, gdyż wogóle mało się można spodziewać od surowic bakteryolitycznych. Przez wstrzykiwanie zwierzęciu prątków cholerycznych żywych lub zabitych wytwarza się tylko surowica bakteryolityczna i aglutynacyjna, a nie antytoksyczna. Surowica dotychczasowa przeciwcholeryczna nie zyskała uznania leczniczego. Więcej uznania zyskało czynne uodpornianie, t. j. szczepienie hodowlami żywych lub obumarłych bakteryi cholerycznych, jak to na większą skalę wykonywali Ferran i Haffkine, a naukowo uzasadnili Pfeiffer i Kolle. Kraus w ostatnich czasach zajmował się wytwarzaniem i badaniem antytoksyny cholerycznej i wykazał, że tylko surowica zawierająca antytoksyny może stanowić środek leczniczy, natomiast surowica zawierająca bakteryolizyny jest bezskuteczna. Surowica Krausa zawiera równocześnie antytoksyny i bateryolizyny. Jegunoff wstrzykiwał chorym do żyły łokciowej w całości od 100—700 cm³ surowicy Krausa w roztworze 500—700 cm sz. soli kuchennej. Wyniki jednak były nie bardzo zachęcające, co i inni lekarze petersburscy potwierdzają.

IV. Surowica przeciwbłonicza. Leczenie błonicy surowicą polega na doświadczeniu, że prątki Löfflera w czasie rozwoju wytwarzają toksynę, która wywołuje ciężkie ogólne przypady chorobowe, jak porażenia, posocznicę, (zatrucia), zwyrodnienia narządów i t. d. Zwalczanie tej choroby polega na zwalczaniu działania toksyny i dlatego wstrzykuje się podskórnie choremu odpowiednio otrzymaną surowicę z antytoksynami, aby toksynę związać (nietylko dla celów leczniczych, ale i zapobiegawczych). Antytoksynę otrzymuje się obecnie tylko z krwi koni, które zatruwa się zwolna coraz większemi dawkami jadu błoniczego. Ilość wytworzonej antytoksyny zależy nie tyle od ilości wstrzykniętego jadu błoniczego, ale głównie od indywidualności zwierzęcia, tak, że surowica konia, któremu wstrzyknięto w całości 1000 cm sz. jadu błoniczego, może być słabszą, niż surowica innego konia, któremu tylko 250 cm sz. jadu wstrzyknięto. Proces przy uodparnianiu jadem błoniczym został najpierw wyświetlony przez Behringa i Wernickego (1892); sprawa jednak leczenia surowicą została posunięta naprzód dopiero przez pracę Ehrlicha, Deausa i Atkinsona, którzy dla leczenia błonicy zalecili wysoko zagęszczone surowice (roztwory antytoksyn). Siłę surowicy przeciwbłoniczej oznacza się przez jednostki odporności, wprowadzone przez Behringa i Ehrlicha i przez wszystkich uznane prócz szkoły francuskiej. Przez jednostkę odporności (I. E.) rozumie się tę ilość antytoksyny, która wystarcza, aby świnkę morską, ważącą 250 gr., ochronić przed 100-krotnie śmiertelną dawką czystego jadu błoniczego. Jeżeli ta jednostka odporności znajduje się w 1 cm sz. surowicy, to ta surowica zwie się normalną; jeśli znajduje w 0·01 cm sz. surowicy, to ta surowica zowie się stokrotną. Stokrotna surowica zatem zawiera w 1 cm sz. 100 jednostek odporności 500-krotna zawiera 500; 1000-krotna zawiera 1000 jednostek odporności; 2000 jednostek odporności zawiera 2 cm sz. surowicy 1000-krotnej lub 4 cm sz. 500-krotnej lub 20 cm sz. 100-krotnej surowicy i t. d. Cena surowicy leczniczej zależy też nie od ilości cm sz., lecz od zawartości jednostek odporności. Surowica Behringa pozostaje pod kontrolą państwową Instytutu dla terapii doświadczalnej we Frankfurcie nad Menem. Tam bada się surowicę co do czystości, wyjałowienia, sposobu działania. Surowica może być przechowywana bez zmiany w odpowiednich warunkach, t. j. w chłodzie i ciemni nawet przez 3 lata. Co najwyżej występuje w niej na dnie lekki osad białka karbolowego z powodu zawartości $^1/_2$% karbolu; nie może okazywać żadnego obłoczkowatego zmętnienia. Każde opakowanie opatrzone jest numerem kontrolnym.

Aby chronić zdrowe dzieci od zakażenia, wstrzykuje się podskórnie 600 I. E. i powtarza tę dawkę po 2 tygodniach. W podejrzanych przypadkach choroby wstrzykuje się zaraz 1500, a w ciężkich 2000 I. E., bo surowica naówczas nigdy nie szkodzi, lecz tem pewniej działa, im rychlej jest wstrzyknięta. W bardzo ciężkich przypadkach po 12—24 godzinach powtórnie można wstrzyknąć 2.000—3000 I. E. Wstrzykuje się wśród ostrożności przeciwgnilnych podskórnie między łopatkami lub w okolicę uda. W przypadkach niepowikłanych surowica działa w 24 godzinach; ciepłota i tętno wraca do stanu prawidłowego i nie dochodzi do zapadu. Jeśli po dobie niema polepszenia, należy powtórzyć wstrzyknięcie. Przy zajęciu krtani zaraz po wstrzy-

knięciu surowicy oddzielają się błony i ustępują przypady duszenia. I przy tracheotomii należy wstrzykiwać surowicę. Bardzo ładne wyniki osiąga się zapomocą surowicy przy błonicy nosa, pochwy i spojówki.

W przypadkach zapóźnionych Cairus wstrzykiwał z wynikiem korzystnym do żył łokciowych 20.000—80000 I. E. surowicy. Potwierdzają to: Mery, Berghaus, Schreiber, Beyer, Sittler, Weill, Parturier, Netter. Schreiber wstrzyknął śródżylnie u dziecka 12-letniego i 5 letniego po 6000 I. E. z wynikiem korzystnym. Działanie było szybsze, niż po wstrzyknięciu podskórnem. Piśmiennictwo co do skuteczności surowicy Behringa jest bardzo rozległe.

Czasem surowica przeciwbłonicza zawodzi, a sprawą tą zajmował się Uffenheimer w Monachium. Wydarza się to u dzieci, które przebyły już odrę lub płonicę lub podczas tych chorób. Według Uffenheimera polega to na tem, że do wytwarzania toksyny błoniczej należy używać odpowiednich szczepów bakteryi błoniczych. Dotychczas używano do wytwarzania surowicy jednego stale oznaczonego szczepu i następnie z tegoż przeszczepianych hodowli. Zachodzi pytanie, czy z biegiem lat nie wytwarzają się zmiany w składzie toksyny tego szczepu. Dla rozstrzygnięcia tego wymaga Uffenheimer, aby hodować prątki szczepów błoniczych od tych chorych, u których surowica nie działa; badać ich wydatność jadu, oznaczać jakość i działanie na nie używanej surowicy leczniczej i porównywać z hodowlą macierzystą, używaną do wytworzenia surowicy leczniczej. Jeżeli tą drogą nie uzyska się wyjaśnienia, to odnieść należy przyczynę ewentualnej bezskuteczności surowicy leczniczej i do stopnia chłonienia (Avidität) surowicy antytoksycznej, t. j. że wartość lecznicza surowicy zależy nietylko od ilości zawartych antytoksyn, ale i od własności, która usposabia antytoksyny do łączenia się luźniejszego lub ściślejszego w jednostce czasu z toksynami lub wpływa na połączenie się toksyn z tkankami. Wartość lecznicza surowicy zależałaby nietylko od ilości antytoksyn, ale i od siły i od zdolności pochłonienia.

Surowicę Behringa stosowano i w innych chorobach. Tarnowsky poleca ją w ozenie; Gilbert w krztuścu, Feinsinger w czerwonce; Lemoine i Gaehlinger w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych (w całości do opon wstrzykuje 90 cm sz.); Ruiz w dychawicy oskrzelowej; Anatossi w zapaleniu ropnem części przydatkowych macicy; Darier w zapaleniu wrzekomo włóknikowem spojówki i rogówki; Zimmermann we wrzodzie pełzającym rogówki i w zapaleniu tęczówki; Rehak w róży; Mongour w skazie krwotocznej. W przypadkach tych jednak nie chodzi o działanie swoiste, lecz o ogólne działanie surowicy; sama surowica normalna działa korzystnie w skazie krwotocznej.

V. Surowica przeciwczerwonkowa. K. Shiga wykrył swoiste prątki w nagminnej czerwonce. Rosenthal a następnie Vaillard, Dopter, Rautenberg, Conradi i t. d. potwierdzili ich obecność w chorobowo zmienionych częściach jelita i w gruczołach krezkowych. Inni, jak Morgenroth, Auché i Campana stwierdzili także i prątek Flexnera oprócz właściwie swoistego prątka Shigi w czerwonce nagminnej, zwłaszcza w jej późnych okresach. Rosenthal, Kruse i Todd zajmowali się wytwarzaniem toksyny i antytoksyny czerwonki i mieli otrzymać skuteczne surowice. Rosental przez szczepienie na koniach bakteryi i toksyny otrzymał surowicę, która w 1 cm sz. zawierała 100 I. E. Po wstrzyknięciu jej poskórnem w ilości od 20—140 cm sz. (zależnie od nasilenia choroby) już po 24 godzinach ustępowało parcie, stolce stawały się zbitsze i nie zawierały krwi. Najlepsze wyniki uzyskano przy stosowaniu surowicy w pierwszych dniach choroby; odsetek śmiertelności zmniejszył się przeszło o połowę. Schottelius na XXVI. Zjeździe w Wiesbadenie w r. 1909 omawiał leczenie czerwonki surowicą. Wstrzykiwał on koniom płynną toksynę hodowli prątków Shigi i Rosenthala i otrzymaną następnie surowicą miał uzyskać bardzo dobre wyniki lecznicze u ludzi. Dla celów zapobiegawczych w czasie epidemii zwykle wystarcza wstrzyknąć 10 cm sz.; w celu leczniczym wstrzykuje się 20 cm sz. codzień, jeśli po 24 godzinach niema polepszenia.

Surowicę antytoksyczną czerwonkową wyrabiał i Kraus w Wiedniu. Według Pfeiffera i Ungermanna może ona skutecznie działać nie przez antytoksynę czerwonkową, lecz przez własności przeciwzakaźne surowicy.

Antic przy leczeniu czerwonki surowicą miał 4% śmiertelności, a przy leczeniu farmakologicznem 16%. Leczenie rozpocząć należy najpóźniej szóstego dnia choroby. (C. d. n.).

Wiadomości bieżące.

Lwów. Z powodu braku wody i światła w mieście oblęganem i bez przerwy ostrzeliwanem jest praca w lwowskich szpitalach oraz we wszelkich pracowniach naukowych niesłychanie utrudniona. Podziw i cześć należy się lekarzom lwowskim, pokonującym wszystkie przeszkody, byle nieść pomoc bohaterskiej ludności i niezłomnym obrońcom Lwowa.

— Wydział lekarski habilitował z zakresu chemii lekarskiej Dr Wacława Moraczewskiego, a habilitacyę tę zatwierdził w grudniu r. z. Senat akademicki.

— Na katedrę pedyatryi, opróżnioną przez śmierć ś. p. prof. Raczyńskiego, przedstawił Wydział lekarski Dr Franciszka Gröera, asystenta Uniwersytetu wiedeńskiego.

— Prof. Dr Zdzisław Dmochowski zrezygnował z katedry anatomii patologicznej we Lwowie.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskali w bieżącym roku szkolnym we Lwowie pp. Arnold Rothbach, Robert Landes, Eufemiusz Herman, Karol Bałaban, Włodzimierz Koskowski, Klaudyusz Karowiec, Arnold Katz, Wanda Bańkowska, Herman Mund, Zygmunt Manowarda de Jana, Leon Kalina, Klemens Kauczyński, Franciszek Zimmermann.

Warszawa. »Monitor polski (Nr 47 z d. 27. II. b. r.) ogłasza rozporządzenie Ministerstwa zdrowia publicznego, powołujące przy Radzie lekarskiej komisyę egzaminacyjną dla kandydatów felczerskich, a to »w celu umożliwienia osiągnięcia stopnia felczera«. W ten sposób przybędzie Polsce nowe pokolenie felczerów, zamiast, żeby ten rodzaj zawodu został zupełnie zniesiony, jak to się stało w całej Europie zachodniej i jak tego słusznie domagali się najlepsi znawcy sprawy w b. zaborze rosyjskim.

— Ś. p. Prof. Baranowski zapisał 150.000 rb. na cele publiczne, z tego 105.000 na cele Towarzystwa naukowego warszawskiego.

— W Sejmie zasiada 6 lekarzy.

Z różnych stron. W odczytywanym z ambon liście pasterskim Biskupa tarnowskiego, X. Wałęgi, »do tych, co wrócili z wojny«, znajduje się następujące zdanie: »Strasznej zbrodni dopuszcza się taki, co przyniósł z wojny zaraźliwą chorobę, a nie stara się o gruntowną kuracyę w szpitalu, tylko wchodzi w rodzinę i zarazę rozsiewa na swoje otoczenie«. Pomieszczenie takiego lub podobnego zwrotu w orędziach w innych także dyecezyach byłoby bardzo pożądane.

Zmarli: Dr Władysław Szukiewicz w 41 r. ż. w Krakowie; Dr Henryk Koeppel w 51 r. ż. w Rzeszowie z powodu duru plamistego.

Redakcya otrzymała: Sprawozdanie Lubelskiego Towarzystwa walki z gruźlicą za r. 1917. (Rok ósmy). Lublin 1918.— Modrakowski: Określenie siły działania naparstnicy sposobami farmakologicznemi (biologicznemi). (Wiadom. farmac. 1919).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lutym 1919:

Gazeta lekarska Nr 5.—8.: Janowski: Tyreotuberkuloza, czyli o postaci rzekomobazedowicznej gruźlicy płuc (5—7). — Puławski: Tracheolaryngitis fibrinosa jako powikłanie influenzy (5). — Simchowicz: O wyczerpalności odruchów ścięgnowych i o odruchach wrzekomo klonicznych w chorobach zakaźnych (6). — Modrakowski: Wpływ pituitryny na czynność nerek ludzi zdrowych i chorego na moczówkę prostą (7—8). — Miszewski: Katalaza w płynie mózgowordzeniowym w chorobach umysłowych (8).

Kronika dentystyczna Nr 1.—2.: Krakowski: Radjoterapja i jej stosunek do schorzeń jamy ustnej.

Zdrowie Zesz. 1.: Ruppert: O odżywianiu wogóle i o wartości odżywczej chleba w szczególności.

Sprawozdanie o ruchu chorych zakaźnych, meldowanych w Wydziale sanitarnym Magistratu w Lublinie w r. 1918.

Rodzaj choroby	Przybyło 1918 roku w miesiącu												Razem przybyło w r. 1918	Zmarło	Tablica porównawcza: 1910 r.		1917 r.		1918 r.	
	Styczniu	Lutym	Marcu	Kwietniu	Maju	Czerwcu	Lipcu	Sierpniu	Wrześniu	Październiku	Listopadzie	Grudniu			Zachorowało	Zmarło %	Zachorowało	Zmarło %	Zachorowało	Zmarło %
Dur brzuszny	33	11	6	6	4	3	5	10	16	21	25	9	149	20	168	6,43	179	10,73	149	12,26
Dur plamisty	42	91	97	79	62	86	30	16	12	9	15	53	592	48	1802	7,22	232	7,53	592	8,05
Dur powrotny	29	16	14	8	12	1	1	—	—	—	—	—	81	—	10	0	112	0	81	0
Ospa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16	23,52	2	0	—	—
Czerwonka	2	—	1	1		—	1	8	9	2	—	—	24	2	33	24,24	178	23,59	24	8,33
Płonica	6	7	1	3	5	8	6	9	17	17	21	11	111	15	132	3,49	65	2,85	111	12,93
Odra	—	1	—	—	—	13	34	36	6	4	19	4	117	2						
Błonica	5	3	4	1	3	4	—	1	4	1	—	—	26	8						
Róża	—	3	—	1	3	—	—	—	—	1	—	—	8	—						
Razem	117	132	123	99	89	115	77	80	64	55	80	77	1108	95						

Dr M. Garbaczewski.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.